Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Erlangen.
Vorstand: Professor Dr. med. Friedrich Meggendorfer.

Über die diagnostischen Schwierigkeiten bei der erbgesundheitsgerichtlichen Begutachtung des angeborenen Schwachsinns.

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde
der
hohen medizinischen Fakultät
der
Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Georg Weißmann
approbierter Arzt aus Erlangen.

Tag der mündlichen Prüfung: 2. März 1940.

Erlangen
Buchdruckerei Richard Weißmann
1940

Dekan: Professor Dr. med. Richard Greving.
Referent: Dr. med. habil. Adolf Bingel.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Literatur-Angaben:

Dubitscher: Der Schwachsinn.

Weygand: Der Schwachsinn, seine Ursachen und seine erbgesundheitsgesetzliche Beurteilung.

Bonhoeffer: Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533919_0123

Nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 erwies es sich als unbedingt notwendig, in Fällen von Geisteskrankheit, in denen die Diagnose von vornherein nicht durchaus gesichert war, durch das Erbgesundheitsgericht bzw. durch das Erbgesundheitsobergericht eine eingehende Untersuchung, Beobachtung und wissenschaftlich begründete Begutachtung Geisteskranker anzuordnen. Als Folge ergab sich eine weit häufigere Begutachtung auch von Schwachsinnigen als in den vorhergehenden Jahren.

Der Kommentar des Gesetzes von Gütt, Rüdin-Ruttke betont, daß unter angeborenem Schwachsinn nach dem Gesetz zu verstehen ist, jeder im medizinischen Sinn eben noch als deutlich abnorm diagnostizierbarer Grad von Geistesschwäche, also von Idiotie über Imbezillität hinauf bis zur Debilität; das Gesetz spreche von angeborenem, nicht von erblichem Schwachsinn um den Nachweis nicht zu erschweren, was nicht ausschließe, daß Schwachsinn im Sinne des § 1 Abs. 1 eine Erbkrankheit sei. Das Gesetz bekundet zweifellos die Absicht, daß nur da, wo angeborener Schwachsinn als sicher exogen, durch äußere Schädigungen (Syphilis der Mutter, Hirnverletzungen, Infektionskrankheiten) bedingt erwiesen sei, von Unfruchtbarmachung abgesehen werden müsse.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses spricht von „angeborenem Schwachsinn", es kann aber nicht zweifelhaft sein, daß erblicher Schwachsinn gemeint ist, da ja das Gesetz überhaupt nur von Erbkrankheiten handelt. Praktisch kann man in 80% der Fälle mit Erblichkeit rechnen (Julius Hallervorden) außerdem sind viele der aus äußeren Ursachen Erkrankten erblich belastet, sodaß man praktisch jeden Schwachsinnigen unfruchtbar machen kann, wenn nicht die exogene Bedingtheit erwiesen ist. Die Berliner Verordnung vom 8. 2. 1934 zur Durchführung des Gesetzes definiert daher: „Angeborener Schwachsinn ist ohne weiteres anzunehmen, wenn der Schwachsinn bereits in der Kindheit erkannt und kein sicherer Anhaltspunkt dafür zu finden war, daß er nach der Geburt erworben wurde oder wenn Eltern vollblütiger Geschwister oder Kinder der in der Anstalt befindlichen Schwachsinnigen ebenfalls schwachsinnig sind." — Natürlich wird man die Sterilisation nicht vornehmen, wenn infolge schwerster Idiotie, dauernder Pflegebedürftigkeit usw. die ständige Asylierung in einer Anstalt gesichert ist. Über den Begriff Schwachsinn sind auch alle im Gesetz nicht ausdrücklich genannten Krankheitsprozesse einzubeziehen, die mit einer Oligophrenie einhergehen, wie tuberöse Sklerose, amaurotische Idiotie usw. Auch zahlreiche Fälle erblicher Nervenkrankheiten, wie Friedreichsche Ataxie, spastische Symptomenkomplexe, Muskeldystrophien und dergl. sind häufig mit erblichem Schwachsinn verbunden, und können dann aus diesem Grunde zur Unfruchtbarmachung gebracht werden.

Solange es sich um Anstaltsinsassen handelt, ist die Beurteilung meistens nicht schwierig, dagegen wird die Entscheidung bei den Fällen der freien Praxis nicht immer einfach sein. Hier taucht die Frage auf, ob man nun jeden Hilfsschüler zur Sterilisation vorschlagen soll

oder wie man in Fällen, bei denen in der weiteren Familie Schwachsinn vorhanden ist, sich entscheiden soll. In solchen Fällen ist es nicht zu umgehen, die erblichen Zusammenhänge in der Familie genau zu erforschen, sich nicht bloß mit einigen Fragen nach Eltern und Geschwistern zu begnügen, sondern sich nach Möglichkeit die Betreffenden selbst anzusehen und zu untersuchen, denn abgesehen von bewußten Täuschungsabsichten sind die Auskunftgebenden ja oft selbst schwachsinnig und urteilslos. Dann kann nur die genauere Berücksichtigung des Erbganges in der weiteren Familie zu einem annähernd sicheren Urteil führen, wobei es weniger auf die Vorfahren, als auf die lebenden Geschwister, Eltern, Vettern, Onkel und Tanten ankommt; oft genug muß man sich mit einer mehr oder weniger großen Wahrscheinlichkeit begnügen.

So wird eine ausführliche Begutachtung Schwachsinniger hauptsächlich dann notwendig, wenn von dem Schwachsinnigen oder seinen Angehörigen exogene Ursachen als krankheitsauslösendes Moment angegeben werden.

Man unterscheidet ganz allgemein zwischen endogenen und exogenen Schwachsinn, wobei die endogene Form — wenn man von der Möglichkeit erbändernder Vorgänge und damit einer wirklichen Neuentstehung der (dann natürlich auch weiter vererbbaren) Schwachsinnsmerkmale absieht — mit der erblichen zusammenfällt (R. Thiele). So sagte Thiele weiter (in einem Vortrag im erbbiologischen Kursus zu Berlin vom März 1934), daß die Feststellung eines exogenen Momentes das an sich nicht geeignet ist, Schwachsinn hervorzubringen, noch nicht beweist, daß man damit im gegebenen Falle die ausschließliche oder auch nur eine

wesentliche Teilursache aufgedeckt habe, bestimmter ausgedrückt: daß nicht doch exogene Faktoren am Werke sind. So fand Brugger bei den von ihm als exogen aufgefaßten Schwachsinnsfällen eine Belastung mit Schwachsinn, die ein Vielfaches der Durchschnittsbevölkerung beträgt. Und Pleger, dessen Ausgangsmaterial schwachsinnige Kinder der Heilerziehungsanstalt W. bildeten kam zur Überzeugung, daß ein erblicher Faktor auch in seiner exogenen Gruppe eine Rolle spielte.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Erkennung von Hirnschädigungen mit Schwachsinnserfolg, die erst nach der Geburt (im frühen Kindesalter) stattgefunden haben. Hierbei bietet das psychische Bild keine Merkmale dar, die zur Entscheidung über Endo- oder Exogenese dienen können. Man ist auf eine kritische Anamnese und auf die Bewertung etwaiger neurologischer Herdsymptome — die ja natürlich die Art ihrer Verursachung zu erkennen geben — angewiesen. Können jedoch keine exogenen Ursachen nachgewiesen werden, so gelten die vom Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin aufgestellten Richtlinien: „Ist eine exogene Ursache nicht nachweisbar, so kann der Schwachsinn als angeboren im Sinne des Gesetzes gelten."

Auf die klinische Symptomatologie des Schwachsinns brauche ich hier wohl nicht weiter einzugehen. Bei den den späteren Ausführungen zu Grunde liegenden 30 Gutachtenfällen, die sich über die Zeit nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bis Ende Dezember 1937 verteilen, waren leichte Fälle meist am schwierigsten zu beurteilen.

Bei Betrachtung des Schwachsinns ist selbstverständlich nicht nur die intellektuelle Seite ins Auge zu

fassen, sondern von der seelischen Gesamtpersönlichkeit auszugehen. Unter Schwachsinn haben wir die „frühzeitige mehr oder minder erhebliche Störung der allgemeinen seelischen Entwicklung“ (Kraepelin), eine „Verkümmerung der Gesamtpersönlichkeit“ (Scholz), zu verstehen. Zur vollständigen klinischen Charakteristik gehört unter allen Umständen die Berücksichtigung der Gefühls- und Willenssphäre. Ein wesentlicher Gradmesser für das Kennzeichen des Schwachsinns ist der Intelligenzzustand, dem im allgemeinen eine erhebliche Stellung eingeräumt wird. Manche Erscheinungen, die man zunächst auf gemütliche oder charakterliche Reaktionsbereitschaft zurückführt, können sich häufig als Korrelat der intellektuellen Schwäche herausstellen. Hierzu gehört als besonderes Merkmal die gesteigerte Beeinflußbarkeit und Urteilslosigkeit so vieler Schwachsinniger. Darüber hinaus kann allerdings abnorme Bestimmbarkeit und Haltlosigkeit als eine mehr oder minder ausgeprägte Qualität des Charakters in dem Bilde in Erscheinung treten. Ebenso kann der starre Eigensinn der Schwachsinnigen ein Ausdruck der intellektuellen Einsichtslosigkeit und der charakterlichen Abartigkeit sein. Vor allem muß auch ein Defekt auf ethischem und sozialem Gebiet starke Berücksichtigung finden. Die soziale Stellung, das erworbene Lebenswissen und die Lebensbewährung, besonders auch die Fähigkeit oder Unfähigkeit des selbständigen Denkens und Handelns können, auch wenn keine erheblichen intellektuellen Mängel bestehen, grundlegend für die Diagnostizierung eines Schwachsinns sein.

So wurden nach dem soeben erwähnten Gesichtspunkte in der Psychiatrischen und Nervenklinik Erlangen die entsprechenden Erhebungen gepflogen und die Untersuchungen durchgeführt. Besonders wurde dabei

auch auf das Vorkommen etwaiger Belastung in der Sippe geachtet. Hierbei war zu berücksichtigen, daß nicht nur die zu Begutachtenden selbst, sondern häufig auch ihre Angehörigen mit Angaben über das Vorhandensein von Belastung stark zurückhielten oder bekannt gewordene Fälle zu bagatellisieren suchten. Eine gute Hilfe war dem Gutachter immer die von dem zuständigen Gesundheitsamt aufgestellte Sippentafel mit ihrem authentischen Inhalt. Waren Blutsverwandte des zu Begutachtenden in einer Nervenklinik oder Heilanstalt, so wurden deren Krankengeschichten als wertvolle Unterlagen beigezogen.

Als die bei angeborenem Schwachsinn am häufigsten vorkommende Form der Belastung erwies sich der schwere chronische Alkoholismus und der Schwachsinn in seinen verschiedenen Formen.

Von den hier besprochenen dreißig Fällen erwiesen 18 Belastungen, oder zumindesten Auffälligkeiten bei Familienangehörigen auf, während in 12 Fällen nichts bekanntgeworden ist. Unter den 18 Belasteten waren teils mit anderen Geisteskrankheiten kombiniert, teils allein belastet mit:

chronischem Alkoholismus	10
Schwachsinn	5
Epilepsie	4
Schizophrenie	3
Psychopathie	1
erblicher körperlicher Mißbildungen	2
ethischer Minderwertigkeit	6

Ethische Minderwertigkeit wurde dann als erbliche

Belastung angesehen, wenn es sich um Fälle schweren asozialen oder kriminellen Verhaltens handelte.

So sind viele Beobachtungen bekannt geworden, die ergaben, daß Trinkerkinder häufig schwachsinnig und epileptisch sind. Alkohol wird allerdings nur als Keimgift aufgefaßt, doch verursacht er keine vererbbare Schädigung des Keimplasmas. Pleger schilderte in Familien, in denen Schwachsinn häufig zu finden war, Fälle, die mit Trinkern und Psychopathen reichlicher durchsetzt waren als in der Durchschnittsbevölkerung. „Dies erklärt sich allein aus dem sozialen Tiefstand des Materials und gibt keinen Anlaß, in der Trinkerfamilie auf eine typische Keimschädigung als Ursache für die Schwachsinnsentstehung zu schließen." (Bonhoeffer) (Zu der selben Folgerung kamen auch Panse und Boß) Als Beispiel möchte ich einen Fall anführen, der zur Begutachtung in die Klinik kam.

Fall 1:

Beide Eltern, sowie beide Großelternteile waren schwere Alkoholiker. Eine 11 jährige Schwester war Bettnässerin und neigte zu phantastischen Konfabulationen. Ein neunjähriger Bruder war verwahrlost und schmutzig. Ein Vetter war sexuell hemmungslos.

Die Begutachtete machte angeblich als Kind eine Hirnhautentzündung mit Krämpfen, Rachitis und Hilusdrüsentuberkulose durch. Bereits nach dem zweiten Schuljahr kam sie in die Förderklasse, vom 5. Schuljahr in die Hilfsschule. Sie versagte in der Schule fast vollkommen. Nach der Schulentlassung häufiger Stellenwechsel wegen Gewissenlosigkeit, Unzuverlässigkeit und mangelhafter Ausführung der Arbeit. Sie erwies sich als sehr unselbständig. Dabei zeigte sie Neigung zum Alkoholmißbrauch.

Bei den Explorationen versuchte sie durch Beschönigen ihrer Vorgeschichte, sich in das rechte Licht zu rücken, wobei es ihr nichts ausmachte, wenn sie dabei Angehörige und Vorgesetzte beschimpfte. — Körperlich und neurologisch war kein krankhafter Befund zu erheben. — Psychisch bestanden erhebliche intellektuelle Defekte. Merk-, Denk- und Konzentrationsfähigkeit waren erheblich herabgesetzt, Schul- und Lebenswissen erwiesen sich als sehr gering. Und der Denkprozeß erlahmte sehr rasch. Die oben erwähnten Krankheiten wurden bei der Diagnosestellung nicht berücksicktigt, da die eingehende körperliche Untersuchung keine Restsymptome hierfür ergab. Ausschlaggebend war neben den psychischen Auffälligkeiten besonders die massive Belastung durch Alkohol.

Bezeichnend ist für diesen Fall die ethische Minderwertigkeit, nicht nur der Kranken, sondern die der ganzen Familie, wie sie bekanntlich sehr häufig in Trinkerfamilien vorkommt. Als erblich ist bei der Kranken wohl die minderwertige Anlage anzusehen, die dann zum Schwachsinn geführt hat, womit die Begutachtete als erbkrank angesprochen werden konnte.

Erfahrungsgemäß hat sich jedoch eine Belastung mit Schwachsinn als die häufigste Art erwiesen. In die Klinik kamen während dieser Zeit nur 5 Fälle, denen eine Belastung nachgewiesen werden konnte. Hallervorden gab eine instruktive Aufstellung über den Einfluß des Schwachsinns der Eltern auf die Nachkommen. Bei beiden normalen Eltern fand er 17,8% oligophrene Geschwister der Probanden. Bei einem schwachsinnigen Elternteil 41,26% schwachsinnige Geschwister. Bei beiden schwachsinnigen Eltern 93,15% geistig zurückgebliebene Geschwister. Das Untersuchungsmaterial

Lokaiy's bestand aus 82 Probanden mit 25 exogenen und 57 endogenen Fällen. Bei beiden schwachsinnigen Eltern waren alle Kinder schwachsinnig; war ein Elternteil oligophren, so waren 33% Schwachsinnige zu finden. Auch bei den Onkeln und Tanten war die Zahl der Imbezillen um 3% größer als bei der Durchschnittsbevölkerung. In sozialer Hinsicht handelte es sich um besonders niedrige Volksschichten. Die Zahl der endogenen Gruppe war beträchtlich größer als die Zahl der exogenen. In einer ausführlichen Untersuchung hat Brugger an 488 Familien nachgewiesen, daß die Folge des Schwachsinns in den einzelnen Geschwisterschaften dem Gesetz der Wahrscheinlichkeit entspricht. Es handelte sich in den meisten Fällen um rein erbliche Schwachsinnsformen. Ich schildere nun einen Fall, der neben Schwachsinnsbelastung auch starke moralische Defektuosität in den Familien aufweist und besonders durch starke psychopathische Abwegigkeiten auffiel.

Fall 2:

Die zu Begutachtende stammte aus einer sehr stark belasteten Familie. Die Mutter wurde als geistig minderwertig und moralisch tiefstehend geschildert, sie hatte drei voreheliche Kinder, die sie ihrem Manne verheimlichte, sie soll in der Ehe untreu und naschhaft gewesen sein. Sie rauchte und trank und hielt — während ihr Mann mit einer Beinamputation im Lazarett lag — es mit anderen Männern, mit denen sie auf Tanzmusiken herumzog. Zwei Brüder der Mutter sollen schwachsinnig gewesen sein. Die Ehe der Eltern wurde zu Schulden beider Partner geschieden. Der Vater schwängerte noch während der laufenden Ehescheidung seine damalige Haushälterin, die er später ehelichte.

Die zu Begutachtende selbst soll eine normale Geburt gewesen sein, soweit man sich auf die eigenen Angaben verlassen kann, wurde als lebhaftes, zappeliges Kind geschildert, das vorlaut und ungeniert eine richtige Schwätzerin war. Sie machte sich über nichts Sorgen, hatte immer Lust zu Abenteuern, unterhielt nur spielerische und oberflächliche Bindungen zu ihren Alterskameradinnen, kaute ihre Fingernägel ab, zupfte viel an sich herum und war unordentlich und unsauber. Schon frühzeitig war eine gewisse sexuelle Neugier bei ihr wach, sie ließ schon als Kind andere an ihrer Brust spielen, betastete mehrfach die Geschlechtsteile von Mädchen und Jungen und wollte mit 13 Jahren ihren Bruder verführen. Dabei neigte sie zum Herumstreunen und kam öfters erst um Mitternacht nach Hause.

Ihre Schulleistungen waren außerordentlich schlechte. Sie war eine Zeitlang in der Förderklasse für schwach begabte Kinder, nachdem sie in der normalen Schule nicht mitkam. Ihr Lehrer urteilte über sie: ihre Denkfähigkeit sei gering, ihre Leistungen lückenhaft. Sie zeigte in der Schule ein verschlossenes und scheues Wesen.

Schon als Fortbildungsschülerin ließ sie sich von einem unbekannten jungen Mann von der Schule abholen von dem sie sich bereits beim zweiten Male in den Anlagen auf einer Bank geschlechtlich mißbrauchen ließ. Mit $16^1/_2$ Jahren wurde sie schwanger, das Kind lebt, ist aber geistig zurückgeblieben. Zur Zeit der Begutachtung war es zwei Jahre alt, sprach aber noch kein Wort und war rachitisch. Es muß von den Eltern der zu Begutachtenden unterhalten und versorgt werden. Bereits bald nach der Geburt des ersten Kindes erfolgte eine zweite Schwängerung und zwar wieder durch einen Fremden, ihr vollkommen un-

bekannten Mann, der an ihrer Flurtüre um ein Glas Wasser bat und den sie in die Wohnung einließ. Er habe sie dann einfach um die Gewährung des Beischlafes gebeten, sie habe sich zwar erst etwas gesträubt, dann aber zugestimmt, „damit er zufrieden sei".

Die vorgenommene Intelligenzprüfung ergab einen Schwachsinn erheblichen Grades der sich sowohl auf das Erfahrungswissen wie auch auf das Schulwissen erstreckte, und der einen solchen Umfang annahm, daß sie zu einer Ordnung ihrer persönlichen Angelegenheiten nicht imstande war. Durch ihr immer freundliches und gutmütiges Wesen verstand sie es allerdings, einen Teil der Ausfälle zu verdecken, doch gelang dies immer nur vorübergehend. Die daneben bestehenden psychopathischen Charakterabwegigkeiten ließen die Prognose besonders trüb erscheinen: ihre persönliche Unzuverlässigkeit, ihre Faulheit und Unaufrichtigkeit besonders aber ihre schwere moralische Verderbtheit und Hemmungslosigkeit, ihre ganze tiefstehende Ethik, ihr geringes Urteilsvermögen und ihre nur oberflächliche Einsicht mußten unerwünschte Rückwirkungen auf ihre moralischen Qualitäten erwarten lassen, während andererseits eine weitere Erziehbarkeit und Bildungsfähigkeit nicht mehr angenommen werden konnte. Es war daher zu wünschen, das Mädchen an der Weiterverbreitung ihrer verderblichen Erbanlagen durch eine Unfruchtbarmachung zu verhindern.

Neben der Prüfung der Belastung spielt die Prüfung der eigenen Vorgeschichte der zu Begutachtenden eine wichtige Rolle. Um Fälle von Geburtstraumen von der Beurteilung als angeborenem Schwachsinn auszuschließen, ist es für den Gutachter dringend erwünscht, genaue Einzelheiten über den Verlauf der Gravidität

als auch über den Hergang der Geburt zu erfahren. Leider ergab sich in der Praxis, daß die Angehörigen kaum verwertbare Angaben machen konnten. Selbst in Fällen, in denen versucht wurde, eine spätere Hirnschädigung als Krankheitsursache anzuführen, war die Erhebung einer brauchbaren Anamnese oft sehr schwierig, sodaß eine genaue körperliche Untersuchung auf organische Störungen oder Veränderungen, insbesonders in neurologischer Hinsicht angestellt werden mußte. Zu berücksichtigen waren auch die Verhältnisse sowohl am peripheren, als auch am zentralen Nervensystem, die Druckverhältnisse des Liquor cerebrospinalis und dessen serologischen Veränderungen. In mehreren Fällen war eine röntgenologische Darstellung der Gehirnkammern mit Luftfüllung (Encephalographie) zur Klärung unerläßlich. Diese wurde vorgenommen insgesamt in 5 Fällen und zwar bei:

Verdacht auf Gehirnveränderung in: 4 Fällen

Verdacht auf Postencephalitis in: 1 Fall.

Es ergaben sich jeweils normale Verhältnisse seitens des Gehirns und des knöchernen Schädels sowie normale Druck- und Lipuorverhältnisse, sodaß die Diagnose angeborener Schwachsinn einwandfrei gesichert war.

Bei den vier Fällen, bei denen ein Verdacht auf Gehirnveränderung vorlag, wurden immer ähnlich lautende exogene Ursachen angegeben: Sturz vom Rad, vom Baum, Sturz in einen Schacht. Bei dem einzigen zur Begutachtung gelangten Fall, bei dem in der Vorgeschichte eine Encephalitis angegeben wurde, handelte es sich um einen 16jährigen Jungen, dessen Vater Trinker und die Mutter schwachsinnig war. Der Großvater war ebenfalls Trinker, ein Bruder schwach und die Schwester Hilfsschülerin. Es war in der Anamnese

also schon eine erhebliche Belastung zu verzeichnen. Die Angehörigen gaben an, daß der Junge mit zwei Jahren eine Gehirnhautentzündung durchgemacht habe und starke Konvulsionen hatte. Mit neun Jahren lernte er erst sprechen. In der Schule blieb er weit zurück, konnte aber nach Verlassen derselben lesen und schreiben. Psychisch bot er das Bild eines Schwachsinnigen. Er besaß keinen nenneswerten Wissensschatz und konnte keinerlei mechanische Arbeiten verrichten. Das Lösen von Rechenaufgaben war ihm unmöglich. Er war affektiv ziemlich stumpf, zeigte kein Urteils- und Kombinationsvermögen, das Gedächtnis und die Merkfähigkeit fehlten vollkommen. — Neurologisch konnte nichts Krankhaftes festgestellt werden.

Hierzu möchte ich bemerken, daß eine Encephalitis im Kindesalter schwere Störungen nervöser und psychischer Art bedingt; außer den extrapyramidalen Symptomen auch Charakterverschlechterung, Erregungen, Zerstörungsdrang, Sexualreizung und Geistesschwäche. Es zeigten sich hier aber keinerlei Symptome, die auf eine frühkindliche Encephalitis schließen ließen. So sicher auch krankhafte Gehirnveränderungen bei Encephalitiden als rein exogen bedingte Fälle vorkommen, so sind auch rein endogene vorhanden, aber es gibt eine Gruppe, in der sich diese Kreise überschneiden. Es können auch endogen Schwachsinnige eine Encephalitis oder ein sonstiges Trauma erleiden. So stützte sich auch der Gutachter auf das frühere Zustandsbild unter Berücksichtigung der starken Belastung der Untersuchten.

Ein weiterer Gradmesser bei der Diagnostizierung des angeborenen Schwachsinns ist das Verhalten in der Entwicklung des zu Begutachtenden in seiner frühesten Jugend, sowie seine Leistungen in der Schule.

Auch hierbei mußte oft festgestellt werden, daß die Angehörigen zu beschönigen versuchten. Verspätetes Laufen und Sprechenlernen, Vorkommen von epileptiformen Krämpfen oder von Enuresis nocturna konnten daher nicht immer mit Sicherheit eruiert werden. Dagegen lag für die Leistungen in der Schule — sei es in der Volks- oder in der Hilfsschule — in den entsprechenden Zeugnissen ein nicht zu widerlegender Beweis für die geistige Entwicklung im Kindesalter vor. In vielen Fällen kamen außerdem noch die Akten der Fürsorgeerziehung als Quellenmaterial für Schwererziehbarkeit, frühe Sexualität, ethische Minderwertigkeit und asoziales Verhalten in Frage.

Über die Weiterentwicklung nach der Schulentlassung waren die Angaben meist weniger lückenhaft. Arbeitsbuch, Zeugnisse oder Arbeitsbescheinigungen gaben über Berufsausbildung — soweit eine solche überhaupt stattgefunden hatte — und Berufsausübung, Leistungen, Verhalten in der Arbeitsstätte, Häufigkeit und Gründe des Stellenwechsels usw. genügend Aufschluß, um ein Verschleiern unmöglich zu machen.

Das Bild, das sich der Gutachter auf Grund der Kenntnis dieser drei Entwicklungsphasen vor, während und nach der Schulzeit von dem Geisteszustand des zu Begutachtenden machen konnte, wurde ergänzt durch das psychische Zustandsbild des Untersuchten.

Die beobachteten psychischen Defekte schwankten zwischen der physiologischen Beschränktheit und der beginnenden Verblödung. Auch bei den leichteren Fällen waren die Vorstellungsassoziationen verlangsamt, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit waren stets herabgesetzt, die geistige Ermüdung trat stärker hervor.

Auf ethischem Gebiete zeigten sich bei fünf von den untersuchten dreißig Fällen schwere Defekte, die zum Teil zu kriminellen Handlungen führten (widernatürliche Unzucht, unzüchtige Handlungen mit Kindern) zum Teil zu hemmungs- und wahllosem Geschlechtsverkehr, sodaß die Gefahr der Fortpflanzung in erhöhtem Ausmaße bestand. Hierzu wiederum ein Beispiel:

Fall 3:

Aus der Familie ist bekannt geworden, daß der Vater „in der Schule schlecht und im Leben tüchtig" dabei aber ein Trinker war und an Tuberkulose gestorben ist. Die Großmutter mütterlicherseits soll geisteskrank gewesen sein, der Großvater väterlicherseits wurde angeblich auf Grund einer Verwechslung ermordet. Eine Schwester war lungenkrank, eine andere Puella publica. Die ganze Familie wurde lange Zeit wegen Tuberkulosebelastung von der Lungenfürsorge betreut.

Über die eigene früheste Entwicklung war nichts näheres bekannt geworden. In der Schule ist der Untersuchte einmal sitzen geblieben, mit 8 Jahren wurde er überfahren, 1930 machte er einen Tripper durch. Er war fünfmal vorbestraft wegen Bettelns, Diebstahls, Sachbeschädigung, Widerstandes gegen die Staatsgewalt und versuchter Gefangenenbefreiung. Bei allen seinen Straftaten suchte er sich mit Trunkenheit herauszureden. 1929 hatte er außerdem unter Anklage auf Totschlag gestanden, er sollte einen alten Mann, mit dem er vom Wirtshaus heimging, umgebracht haben. Er wurde aber außer Strafverfolgung gesetzt, da ihm trotz der Wahrscheinlichkeit die Ausführung nicht nachzuweisen war, und ihm außerdem der § 51 StGB. zugebilligt wurde.

Es war der Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt

worden. In dem Gutachten hatte der Amtsarzt den Kranken als haltlosen Psychopathen bezeichnet und als reizbar, beschränkt, kriminell, von erschwerter Auffassung und verlangsamten Gedankenablauf, jedoch besonnen und genügend orientiert, geschildert. Intellektuell sei er zwar ein Grenzfall, im Hinblick auf die erbliche Belastung und die Kriminalität müsse er aber zum angeborenen Schwachsinn gerechnet werden. Diesem Standpunkte schloß sich auch das Erbgesundheitsgericht an und ordnete die Unfruchtbarmachung an. Gegen diesen Beschluß wurde Beschwerde eingelegt und daraufhin die klinische Beobachtung angeordnet.

Hierbei ergab sich, daß bestimmt Intelligenzmängel vorhanden waren, die zumindest an der Grenze des Schwachsinns lagen. Der zu Begutachtende machte nicht gerade einen schwachsinnigen Eindruck, es fiel aber doch seine schwere Auffassung, sein Mangel an logischem Denken, sowie an wirklichem Verständnis auf, während sein Wissen verhältnismäßig groß war. Auf dem Gebiete des Gefühls- und Trieblebens waren ausgesprochene Mängel nachweisbar, wie schon seine Vorstrafen bewiesen. Er zeigte in seinen sittlichen Auffassungen sicherlich einen merklichen Defekt. Hinzu kam Reizbarkeit, mürrisches und aufbrausendes Wesen, sowie auch eine gewisse Verlogenheit. Bei Berücksichtigung aller Momente schien dem Gutachter die Annahme des Schwachsinns an sich und dann die des angeborenen Schwachsinns als gerechtfertigt, wobei hervorgehoben wurde, daß dieser weniger auf dem Gebiete des Intellekts, sondern vielmehr in den erheblichen sittlichen und moralischen Mängeln beruhe.

An körperlichen Anomalien fanden sich bei den in der Klinik begutachteten Fällen zwei Fälle, bei denen

eine abnorme Kleinheit des Schädels festgestellt wurde, und ein Fall von Mikrocephalie soll hier kurz beschrieben werden.

Fall 4:

Die Begutachtung erfolgte, weil festgestellt werden sollte, ob die Kranke an erblicher Fallsucht oder an erblichem Schwachsinn leidet. Sie selbst hatte angegeben, daß sie mit Anfällen behaftet sei, die von dem antragstellenden Gesundheitsamt als epileptische angenommen worden waren.

Auch hier ergab sich Belastung: ein Bruder war Hilfsschüler, ein Vatersbruder litt an anfallsartigen Zuständen, die Vatersmutter war Morphinistin und endete durch Suicid. Ein weiterer Vatersbruder war Potator, Muttersvater litt an Wahnideen, trank und endete auch durch Suicid, die Mutter soll körperlich schwächlich gewesen sein und der Vater bezog wegen Nervenleidens Invalidenrente, eine Schwester hatte früher Nervenanfälle, ist von einem gänzlich verwahrlosten Manne geschieden um später einen 13 Jahre jüngeren Mann zu heiraten.

Selbst angeblich normale Geburt, lernte etwas verspätet laufen, dagegen frühzeitig sprechen. Sie war als Kind immer sehr ängstlich, wurde leicht schwindlig und kam wegen ihrer schwächlichen körperlichen Entwicklung erst mit 7 Jahren in die Schule, wo sie gleich im ersten Jahre sitzen blieb. Nach der Schule sei sie immer bei den Eltern gewesen und habe im Haushalt geholfen.

Den ersten „Anfall“ habe sie in der Schule gehabt. Sie gab an, sie habe nie das Bewußtsein ver-

loren, sei nur „gedankenabwesend“, sei nie hingefallen und habe nie Krämpfe gehabt, sich auch nie verletzt. Während ihres Klinikaufenthaltes wurden 7 Zustände beobachtet, die sie als Anfälle bezeichnete und die sich eindeutig als schwere Migräneattacken erwiesen.

Die Begutachtete war ein schwächliches, unterentwickeltes Mädchen mit mikrocephaler Schädelbildung, bei der im übrigen kein krankhafter Befund zu erheben war. — Psychisch erwies sie sich als völlig geordnet, orientiert, gab klare Auskünfte und zeigte keine Neigung zur Beschönigung. Intellektuell ergab sich das Vorhandensein einer Debilität. Sie rechnete zwar ganz leidlich, auch mit mehrstelligen Zahlen, versagte aber beim Dividieren und bei der Zinsrechnung. Schul- und Lebenswissen erwiesen sich als recht kümmerlich. Diese Ausfälle waren so schwerwiegend, daß sie nicht mehr als physiologische Dummheit bezeichnet werden konnten. Nachdem die Diagnose erbliche Fallsucht auszuschließen war, da es sich lediglich um eine schwere Form der Hemikranie handelte, wurde die Diagnose angeborener Schwachsinn gestellt, zumal die abnorm kleine Schädelbildung dafür sprechend und die Erbmasse der Familie als äußerst ungünstig durch die Anamnese ermittelt worden war.

Hierzu möchte ich bemerken, daß Mikrocephalie exogen auf infektiöser Grundlage wie Encephalitis des Kindesalters bedingt sein kann (Weygandt). Jedoch ist das Wesen der Mikrocephalie noch nicht gesichert. Es sind einige Familiengeschichten vorhanden, es wird aber angenommen, daß neben endogenen auch exogene Ursachen vorliegen können. Den oben beschriebenen Fall will ich nicht als ausgesprochene Mikrocephalie bezeichnen, jedoch spielt nach meiner Ansicht die

Schädelbildung auf den geistigen Zustand vielleicht auch auf die Auslösung der Anfälle von Hemikranie eine Rolle.

Bei den Begutachteten fand sich noch ein Fall mit mongoloider Schädelform, dem angeborener Schwachsinn nachgewiesen werden konnte. Die Frage, ob bei dem Mongoloismus eine erbliche oder erworbene Krankheit vorliegt, ist noch nicht geklärt. Im Vordergrund der Diskussion steht die These van der Scheers, daß bei der Mutter eine Anomalie der Uterusschleimhaut vorliege, welche beim Embryo zu einer Mißbildung des Amnions führe. Er stellt den Mongolismus in Parallele zu denjenigen Mißbildungen, welche in der Medianlinie des Kopfes beobachtet werden, denn er glaubt festgestellt zu haben, daß unter den Geschwistern der Mongoloiden mehr Mißbildungen vorkommen als sonst. Schulz hat 80 Probanden untersucht. Er fand mehr Schwachsinn in der Verwandtschaft der Mongoloiden als in der Durchschnittsbevölkerung, aber nicht merklich mehr Mißbildungen. Er vermutet, daß ein nicht erbliches Leiden der Mutter vorhanden ist, weil im allgemeinen die Mongoloiden in einem besonders hohen Alter geboren werden und in der Geburtenreihe meist am Ende stehen.

Weiterhin konnte in der Klinik eine andere Schädelmißbildung, ein Hydrocephalus internus beobachtet werden. Es handelte sich hier um einen Patienten, dessen Anamnese keine Belastung aufwies.

Fall 5:

Der Patient war eine Normalgeburt. Bekam mit eineinhalb Jahren Schreikrämpfe, machte angeblich eine

Gehirnhautentzündung durch. Seit dieser Zeit hat er einen Strabismus convergenz. Laufen und Sprechen habe er nach Vollendung des ersten Lebensjahres gelernt. In der Schule blieb er mehrere Male sitzen. — Psychisch zeigten sich bei ihm erhebliche Intelligenzmängel. Der Gedankengang war gestört, der Gedankenablauf verlangsamt, Schul- und Allgemeinwissen sehr dürftig. Er war gleichgültig, stumpf und interesselos.

Körperlich war er sehr schwächlich, auffallend groß war der Kopf auf schmalem Rumpf. Auch die Photographie als Kleinkind (kurz nach der Geburt) ließ schon diese Mißverhältnisse erkennen. Der Kopfumfang betrug während der Zeit der Untersuchung 58 cm, der Gaumen war sehr steil, der Sitz der Nase sehr hoch. In der Begutachtung wurde die Annahme, die Erkrankung sei die Folge einer durchgemachten Meningitis, abgelehnt. Der Gutachter stützte sich hauptsächlich auf den weitgehenden Mangel an Schul- und Allgemeinkenntnissen, auf den Mangel der Verstandestätigkeit und das soziale Versagen. Ausschlaggebene für ihn (dem Gutachter) war auch der leichte Hydrocephalus internus, auf den er besonderen Wert legte.

Ob hier der Hydrocephalus internus exogener Herkunft, etwa durch eine Lues congenita oder durch eine Encephalitis hervorgerufen wurde, möchte ich bezweifeln, da die Krämpfe und die Meningitis erst mit eineinhalb Jahren auftraten und die Schädelanomalie bereits vor dieser Zeit auf einem Bilde erkennbar war.

Ich möchte noch einen Fall bringen, bei dem der Gutachter neben dem Schwachsinn auch schwere

körperliche Mißbildung als angeboren und erblich der Unfruchtbarmachung zuführen ließ.

Fall 6:

In diesem Falle handelt es sich um einen angeborenen Schwachsinn leichteren Grades — Debilität mit schweren erblichen körperlichen Mißbildungen. Die Erhebungen ergaben eine äußerst massive erbliche Belastung. Der Vater der zu Begutachtenden war ein starker Trinker, der jede Woche mehrmals betrunken war und dem jeder Wille und die Energie zur Besserung fehlte. Nach Ansicht des Bürgermeisters soll er außerdem „bestimmt schwachsinnig" gewesen sein und zwar habe dieser Schwachsinn schon in der Kindheit bestanden (angeboren?). Die Mutter wird als durchaus uneinsichtig geschildert.

Von den neun Geschwistern waren mehrere geisteskrank oder schwachsinnig und litten an körperlichen Mißbildungen. Drei der Brüder waren in Anstalten untergebracht gewesen, sodaß ihre Krankengeschichten beigezogen werden konnten. Aus diesen ging hervor, daß der eine Bruder als gemeingefährlich geisteskrank in die Heil- und Pflegeanstalt A. eingewiesen worden war, nachdem er versucht hatte, mit Gewalt in eine Schule und später in eine Kirche einzudringen. In der Anstalt bot er ausgesprochen katatonische Erscheinungen. Die Diagnose Katatonie war gesichert. Aus dem körperlichen Befund ist bemerkenswert, daß die linke Hüfte etwas höher stand als die rechte; außerdem bestand eine Luxation des rechten Schlüsselbeins an der Schulter. Der zweite Bruder, der in der gleichen Anstalt untergebracht war, litt ebenfalls an einer Schizophrenie und zwar an einer Pfropfhebephrenie. Hier

ist aus dem körperlichen Befund zu erwähnen, daß beide Ellenbogengelenke deformiert waren, ebenso beide Kniegelenke, besonders das linke. Bei einem dritten Bruder handelte es sich wieder um einen Katatonen, der unter dem Einfluß von Stimmen und triebhaften Willensstörungen stand und besonders zu sexuellen Triebhandlungen neigte. Er war mehrmals in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses zu N. und später in der Nervenklinik und in der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt E. untergebracht. Auch bei diesem Bruder interessiert insbesonders der körperliche Befund: Die Beweglichkeit im linken Ellenbogen war herabgesetzt, die Streckung war nur bis etwa 150 Grad möglich. Der linke Unterarm konnte bei der Innenrotation nicht fixiert werden, der linke Arm war auffällig schwächer als der rechte. Die beiden Daumennägel waren verkümmert. In der Krankengeschichte war ausdrücklich vermerkt, daß auch der Vater und der Großvater väterlicherseits diese Mißbildung gehabt haben sollen. Außerdem war in dieser Krankengeschichte festgestellt, daß eine Schwester schizophren, aber bereits gestorben war. Ein verstorbenes Kind eines der oben erwähnten Brüder habe ebenfalls die Daumenmißbildung des Vaters gehabt. Laut Krankengeschichte der orthopädischen Klinik in M. litt ein weiterer Bruder an linksseitigem Spitzklumphohlfuß, beiderseitiger Atrophie der sämtlichen von dem Peroneus versorgten Muskeln mit Ausnahme des Extensor hallucis, sowie an Spina bifida des fünften Lendenwirbels. Auch eine Schwester soll krüppelhafte Füße gehabt haben, während ein anderer Bruder schwachsinnig und Trinker gewesen sein soll.

Die zu Begutachtende besuchte die Schule bis zur fünften Klasse (Dorfschule). Sie sei schon mit 9 Jahren

in den Dienst gekommen. In der Folgezeit wechselte sie die Stellungen sehr oft. Zuletzt war sie in einem Krankenhaus tätig, dort wurde sie auffällig durch eigensinniges, bockiges Wesen, weigerte sich, sich untersuchen zu lassen, obwohl sie über Unterleibsbeschwerden klagte.

Die vorgenommenen psychisch-experimentellen Untersuchungen ergaben keinerlei Störung des Bewußtseins, der Orientierung, der Auffassung, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses; auch der Gedankenablauf war nicht gröber gestört. Bei der Prüfung des Schul- und Allgemeinwissens versagte sie weitgehend. Ihre Stimmung war im ganzen gut, zuversichtlich und gleichmäßig, nur gelegentlich fiel einmal eine ärgerlich-bockige Reaktion auf. Wurde von der Unfruchtbarmachung gesprochen, wurde sie leicht erregt und verweigerte dann auch wohl jegliche weitere Antwort.

Die körperliche Untersuchung ergab von Seiten der inneren Organe und von Seiten des Zentralnervensystems keinen krankhaften Befund. Dagegen war festzustellen, daß die Unterarme nicht frei bewegt werden konnten, es bestand eine Subluxation im Ellbogengelenk, wodurch die Supinationsbewegung der Unterarme stark beeinträchtigt war. Außerdem fiel auf, daß beide Daumennägel verkümmert, nur etwa zur Hälfte ausgebildet waren.

Bei der massiven Belastung und dem psychischen Befund stand die Diagnose angeborener Schwachsinn ohne weiteres fest. Hinzu kam die Subluxation der Ellenbogengelenke und die Mißbildung der Daumennägel, wie sie auch ihr an Schizophrenie erkrankter Bruder gezeigt hat, und wie sie ebenfalls bei ihrem

Vater und ihrem Großvater, sowie auch bei dem Kind eines Bruders aufgetreten sein sollen. Man mußte also bei ihr auch von einer schweren erblichen körperlichen Mißbildung sprechen, zumal in der Sippe noch andere Mißbildungen unbekannter Art vorgekommen sein sollen. Die Diagnose wurde daher auf: angeborenen Schwachsinn und schwere erbliche Mißbildung gestellt.

In der Klinik wurde weiterhin ein Fall begutachtet, der neben angeborenem Schwachsinn noch an einer körperlichen Mißbildung, eine Dystrophia periostalis hyperplastica familiaris, erkrankt war, den ich aber hier nicht weiter beschreiben will.

Fall 7:

Zum Schlusse führe ich noch einen Fall an, bei dem keinerlei erbliche Belastung nachweisbar war, jedoch infolge des einwandfreien psychischen Befundes eines Schwachsinnigen, zur Unfruchtbarmachung gebracht wurde. Der Kranke war eine Zangengeburt, hatte angeblich keine ernstlichen Krankheiten mitgemacht, war längere Zeit Bettnässer. Mit $2^1/_2$ Jahren Konvulsionen und nach Schilderung epileptiforme Anfälle, die sich jedoch bald wieder verloren. Er besuchte die Volks- und Berufsschule und anschließend freiwillig ein Jahr die Hilfsschule. In der Schule zeigte er kein Interesse, war leicht ablenkbar, körperlich sehr unbeholfen, auch das Handgeschick war sehr gering, die Sprache war schwerfällig und stockend. Dabei zeigte er wenig Selbstvertrauen und hatte mit 19 Jahren noch keinen Beruf ergriffen, nicht einmal den eines Hilfsarbeiters, obwohl er ein geordnetes Elternhaus hatte.

Die körperliche und insbesondere die neurologische Untersuchung ergab keinerlei Abwegigkeiten.

Psychisch zeigte sich der Untersuchte in jeder Beziehung orientiert. Im allgemeinen Verhalten war er sehr auffällig, war interesse- und initiativelos, nahm keinen Anteil an seiner Umgebung, faßte die meisten an ihn gerichteten Fragen überhaupt nicht auf und beantwortete sie nur mit einem läppisch blöden Lächeln. Bei der Prüfung der Intelligenz traten ganz erhebliche Ausfälle zutage, besonders fehlte jegliches Erfahrungswissen, auch die Prüfung des Schulwissens ergab äußerst dürftige Ergebnisse. Die Assoziationszeiten waren außerordentlich verlängert. Das Gedächtnis war sehr gering, die Merkfähigkeit stark herabgesetzt.

An dem Vorhandensein eines Schwachsinns erheblichen Grades bestanden von vornherein keine Zweifel. Die durchgeführte neurologische Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für eine überstandene Erkrankung des Zentralnervensystems, der Befund war völlig normal, ebenso zeigte der Liquor keine Veränderung. Eine etwa bei der Geburt durchgemachte traumatische Schädigung des Gehirns müßte, wenn sie so erheblich gewesen wäre, daß sie einen Schwachsinn verursachte, auch zur Zeit der Begutachtung noch nachweisbare Veränderungen am Gehirn zeigen. Eine durchgeführte Enephalographie ließ jedoch ein völlig normales Bild erkennen. Es konnten somit keine exogenen Faktoren für das Zustandekommen des Schwachsinnes nachgewiesen werden. —

Bei der Begutachtung des angeborenen Schwachsinnes wurden sehr häufig in zweifelhaften Fällen spezialärztliche Untersuchungen anderer Fachgebiete

notwendig um die Diagnose einwandfrei sicherzustellen.

In 12 Fällen von den zur Rede stehenden 30 war die einwandfreie schwere erbliche Belastung, in 14 Fällen das psychische Zustandsbild, einmal die schwere körperliche Mißbildung und dreimal ethische Defektuosität ausschlaggebend für die Diagnosestellung auf angeborenen Schwachsinn.

An der Erblichkeit des genuinen Schwachsinnes kann kein Zweifel aufkommen. Nur die Art des Erbganges ist offenbar verschieden und weit komplizierter. Läßt uns der Erbgang des Schwachsinns schon die Unfruchtbarmachung als notwendig erscheinen, so unterstreicht die soziale Auswirkung der Oligophrenie diese Notwendigkeit noch mehr. Es ist sehr häufig erwiesen, daß sich Schwachsinnige stärker vermehren als geistig wertvolle Teile der Bevölkerung. So fand Prokein in München die Fortpflanzungszahl der Schwachsinnigen um 64% höher als dem Durchschnitt entspricht.

Sehr groß ist die Kriminalität und Verkommenheit der Schwachsinnigen. Zu den eingeschriebenen Prostituierten stellen z. B. die Schwachsinnigen 36% (Sichel, Müller, Bonhoeffer, Schneider).

Unter den Gewohnheitsverbrechern sind etwa 26% Schwachsinnige (Riedel). Von 200 Sittlichkeitsverbrechern waren 36% schwachsinnig (Aschaffenburg). Von 50 wegen rückfälliger Körperverletzung Bestraften 22% (Bonhoeffer), von 60 lebenslänglich Verurteilten 50% (Lumpp). In ganz Deutschland kommen auf 100 Menschen 1-2 Schwachsinnige. Strecker (M.M.W. 1933) errechnete auf Grund in- und ausländischer Statistiken

für Deutschland etwa eine Million Schwachsinnige, unter Berücksichtigung der leichteren Fälle, die aber vom eugenischen Standpunkte besonders wichtig sind.

Nach Einführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurden sehr viele der großen Zahl der Schwachsinnigen erfaßt und zur Sterilisation gebracht. Man darf jedoch nicht erwarten, daß der Bestand der Anstalten an Schwachsinnigen (wie überhaupt an Geisteskranken) durch die Unfruchtbarmachung wesentlich herabgesetzt wird; zur Sterilisation kommen jedoch nur die Gebesserten, die man auch sonst entlassen würde. Viel wichtiger ist die Sterilisierung der außerhalb der Anstalt lebenden Schwachsinnigen in der Bevölkerung; denn sie sind es, die ihre minderwertige Anlage zum Schaden des Volksganzen fortpflanzen.

Lebenslauf.

Am 29. März 1910 wurde ich als Sohn des Buchdruckereibesitzers Ferdinand Weißmann und dessen Ehefrau Karoline zu Erlangen geboren.

Nach vierjährigem Besuch der Volksschule trat ich in die Oberrealschule Erlangen ein, wo ich im Jahre 1930 das Abitur ablegte. Anschließend widmete ich mich an den Universitäten Erlangen und Kiel dem Studium der Medizin. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Herbst 1933, die ärztliche Staatsprüfung im Herbst 1937. Die Approbation als Arzt erhielt ich nach Ableistung des praktischen Jahres und einer militärischen Übung im März 1939. Während meiner Praktikantenzeit war ich an der Psychiatrischen und Nervenklinik und an der Medizinischen Klinik Erlangen tätig. Nach meiner Approbation war ich Volontärarzt an der Psychiatrischen Klinik Erlangen und bin seit August 1933 als Assistenzart an der Landesheilanstalt Herborn beschäftigt.